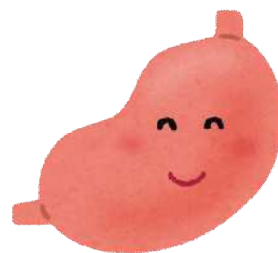




## Q&A 胃がん診療の今

中央病院 外科医が  
「胃がん」診療について  
よくある疑問にお答えします。



### Q1.

最近のがん医療において、特に重要視されていることは何ですか。

### A1.

“連携”がキーワードになっていると思います。

国は、いつでも・どこでも・誰でもが、質の高い標準治療<sup>1</sup>を受けられるように、「がん診療連携拠点病院」の制度を設けました。

これは、高度で専門的ながん診療を手がける病院を拠点とし（当院も県より指定されています）、地域の他の病院や診療所と相互に連携しながら、患者さんを地域全体で診ていくという、地域完結型の医療を目指していくことが目標となっています。2006年4月に成立した「がん対策基本法」でもそのことが謳われています。

（ 1：科学的根拠に基づき、現在利用できる最良の治療であることが示され、ある状態の一般的な患者さんに対して推奨される治療）

### Q2.

そのような連携が重要視されてきている背景には、がんの患者さんの増加という問題があるからでしょうか？

### A2.

はい。社会の高齢化が進むにつれて、がんの患者さんも増えてきています。継続的に治療を受けているがん患者さんは全国で140万人以上にのぼり、今や男性の2人に1人、女性の3人に1人が、がんにかかっています。そして3人に1人が、がんで亡くなっています。1981年以降、がんは死因のトップになっています。

そのように増加しているがん患者さんが、どの地域におられても安心して質の高い医療を受けられるよう、いわゆる「がん難民」と言われる人たちがいなくなるために、この“連携”は必要だと思います。

**Q3.**

がん患者さんが増加している中で、日本人に多いとされる胃がんの状況はどうでしょうか。

**A3.**

死亡率、罹患率はともに減少しています。しかし、胃がんで亡くなる方は年間約 5 万人、胃がんになる方も年間約 11 万人と、人数は決して減ってはいません。

**Q4.**

胃がんになる方を減らす対策としては、やはり予防が大事なのでしょうか。

**A4.**

はい、その通りです。胃がんのリスクファクターとして、ピロリ菌感染、塩分過剰摂取、喫煙、果物や野菜の摂取不足などがあげられます。したがって、予防対策としてはピロリ菌の除菌、減塩、禁煙や、野菜・果物の摂取、緑茶の飲用、そして検診を受けるということが大事だと思います。

**Q5.**

ピロリ菌って、どの程度の人が感染しているのでしょうか。

**A5.**

若い人では 20%前後ですが、60 歳以上の人では 70~80%の人が感染しています。

**Q6.**

ピロリ菌は除いた方がいいのですか。

**A6.**

胃がんは、細菌の直接的な関与が示された最初のがんです。国際がん研究機関も 1994 年にピロリ菌を発がん物質として記載しています。一方、ウイルスが関与しているがんには肝臓がんや子宮頸がんなどがあります。

胃がんの人の約 90%の人がピロリ菌に感染していますが、ピロリ菌に感染している人が全員胃がんになるのではなく、約 3%の人にしか胃がんは見つかりません。

ピロリ菌に感染するとまずは慢性胃炎になり、萎縮性胃炎へ進んでいき、ここから胃がんが発生してくるということが判明しています。ただ、ピロリ菌を除いたからといって必ず胃がんを予防できるとは限りません。萎縮性胃炎が進んだ状態では予防効果があまりなく、若いうちに除いた方がいいと言われていました。

Q7.

ピロリ菌を除くのは簡単にできるのですか。

A7.

胃酸を減らす潰瘍の薬と抗菌薬 2 種類、合計 3 種類の飲み薬を 1 週間内服するだけです。しかし、内視鏡検査で慢性胃炎を確認することが必要です。他の検査でピロリ菌がいるということがわかっているにもかかわらず内視鏡検査なしで治療を行うと自費での対応となります。当院であれば薬代や検査代などで 17,000 円位かかります。施設によってはもっと高くかかることもあります。ぜひ内視鏡検査を受けてください。

Q8.

生活習慣の改善やピロリ菌除菌以外に、検診も重要ですよ。

A8.

重要だと思います。万が一、胃がんになったとしても早いうちに見つければ多くは内視鏡治療で治りますから。問題は検診の質です。平成 19 年の公的検診受診者のわずか 0.09%、5500 人にしか胃がんが見つかりません。先ほども言いましたように、年間 11 万人の人が胃がんになりますので、これではわずかな規模しかカバーしていません。

ガイドラインでは検診方法として胃の X 線検査しか推奨していませんでしたが、最近内視鏡検査を受けることで胃がんの死亡率が下がるという研究結果が報告され、2015 年 4 月に、内視鏡検査もガイドラインで推奨されるに至りました。

Q9.

早く見つければ内視鏡治療で治ってしまうのですか。

A9.

はい。ただし、内視鏡治療の適用となるのは、以下の条件に限られます。

- ・ がんが表面の粘膜内にとどまり、分化型（胃や腸の構造を残すタイプ）のがん
- ・ がんの大きさが 2cm 以内

これらの場合は内視鏡的に切除します。最近では機器が発達し、粘膜下層剥離術という手技が主流になっており、もっと大きながんでも取れるようになってきています。

2cm を超える病変については、現在は臨床研究という位置付けですが、近い将来、胃がんガイドラインでも日常臨床の方法として認められ、内視鏡治療の適用になるのではと思われます。

Q10.

内視鏡検査で早期の胃がんを見つけるのは、難しくはないのですか。

**A10.**

注意深い観察が必要で、経験を要すると思います。色素内視鏡といい、怪しい場所に青などの色のついた液を撒き、表面構造や範囲を詳しく観察します。

また最近では NBI (Narrow Band Imaging) : 画像強調内視鏡という技術も開発されており、血液に吸収されやすい青と緑の 2 つの波長の光を当てて、表面の微細な血管構造を観察し、拡大して見ることができます。当院でも日常的に使用し、がんの早期発見に努めています。

**Q11.**

残念ながら、ある程度進んだがんの場合はどういう治療になるのでしょうか。

**A11.**

日本胃癌学会から「胃癌治療のガイドライン」という本が出版されており、その中に、「日常診療で推奨される治療法選択のアルゴリズム」という箇所があります。アルゴリズムとは、治療方法を決めるための手順を効率的に表現したものです。それを見ますと、がんが胃の周囲にとどまり、遠方に転移がなければ内視鏡治療か、手術を行います。

先ほど述べたような、がんが表面の粘膜内に留まっていて、分化型で 2cm 以内のものであれば内視鏡治療を選択します。しかし、胃の壁のもっと深くにまで広がっていたり、リンパ節に転移をしていれば、手術ということになります。

**Q12.**

手術方法について教えてください。

**A12.**

最近では、早期の胃がんの手術はほとんど腹腔鏡下手術で行っています。当院でも、早期胃がんは全例を腹腔鏡下手術で行っており、進行がんでも一部は腹腔鏡を使って手術をしています。

以前は、お腹の上の方を 10~20cm ほど開いて手術を行う開腹手術ばかりでした。しかし、腹腔鏡下手術が 1990 年にわが国に導入されて以来、腹腔鏡というカメラを用いて、小さな傷で手術を行うことができるようになり、最初は胆石の手術ばかりでしたが、徐々に胃の手術にも応用されるようになりました。

**Q13.**

腹腔鏡下手術と開腹手術はどう違うのでしょうか。

**A13.**

手術後の入院期間はほぼ同じです。身体に与える負担は、やはり腹腔鏡下手術の方が少ないと思われます。手術というストレスが加わりますと、身体は様々な反応を起こし、そのストレスから身体を守ろうとします。例えば血液検査ではCRPという炎症マーカーが上昇しますが、開腹手術より腹腔鏡下手術の方がCRPの上昇が低いです。また術後の傷の痛みも腹腔鏡下手術の方が軽いですし、体調の回復も早いと思います。

**Q14.**

手術をすれば、胃がんは治ったと思っていいのでしょうか。

**A14.**

進行した胃がんの場合、手術をしても目に見えない微小ながん細胞が残っている可能性があるため、大きくなる前に叩いてやっつける必要があります。

そこで手術後、切り取った胃や周囲のリンパ節を、病理検査という顕微鏡検査に提出します。がんが胃の壁のどの深さまで広がっているのか、リンパ節には転移しているのか、転移していればどの部位のリンパ節に何個転移しているのか、などを詳しく調べます。その結果によって胃がんの進行度が決まり、手術後に抗がん剤を使うかどうかを判断します。

この術後補助化学療法は、「ACTS-GC」という臨床試験が基盤となっています。がんの進行ステージI~IVまでのうち、ステージIIとIIIの患者さんにはTS-1という抗がん剤を手術後1年間飲んでもらうことが標準治療となっています。さらに昨年からはステージIIとIIIの胃癌に対してゼローダという抗がん剤とオキサリプラチンという抗がん剤の併用療法を6ヶ月行うことも認められました。使い分けは主治医と相談してください。

**Q15.**

もしすでに肝臓など、胃から離れたところに転移が見つかった場合はどうなりますか。

**A15.**

このような場合、「胃がん治療のガイドライン」のアルゴリズムでは、化学療法、放射線療法、緩和手術、対症療法が挙げられています。転移の場所や身体の状態によりますが、通常は化学療法を行うこととなります。化学療法の中心は抗がん剤ですが、最近胃がんにおいても分子標的薬という薬が使えるようになり、適用がある場合は抗がん剤と併用して使ったり、単独で使ったりしています。現在はTS-1とシスプラチンという2つの抗がん剤を併用する治療が標準となっています。このTS-1、シスプラチンに加え、イリノテカン、タキサン系の4種類の抗がん剤がキードラッグと言われており、どのような組み合わせが良いのか、どの順番で使うのが良いのかなど、現在いくつかの臨床研究が行われています。

#### Q16.

分子標的薬とは何なのですか。

#### A16.

分子生物学の発達によって、がん細胞の増殖、浸潤、転移に関わる物質が見つかってきました。分子標的薬はこの物質をターゲットにする薬です。人によってその物質の種類や量は異なりますので、誰にでも使えるというものではありませんが、乳がんや大腸がんでは以前からよく使われています。

従来の抗がん剤はがん細胞自体を標的としていたため、他の正常細胞をも傷つけてしまいました。

胃がんにおいては、2011年3月から、胃がん細胞が増えることに関係するHER2タンパクという物質をたくさん持っている人に、ハーセプチンという分子標的薬が使えるようになりました。また2016年6月には、がん細胞周囲に血管を新しく作って転移しやすくするのを妨害する働きのあるサイラムザという分子標的薬も使えるようになりました。

#### Q17.

胃がんには内視鏡治療や手術、抗がん剤や分子標的薬などの化学療法といった、いくつかの治療方法があるのがわかりました。では最後に、がん治療を行っていく上で大切なものは何でしょうか。

#### A17.

がんの治療というのは、ひとつだけの治療方法で行うこともあれば、進んだがんの場合は、いくつかの治療方法を組み合わせて行うこともあります。

例えば、がんがかなり広範囲に広がっていて手術できない場合、まずは全身療法である化学療法を行います。その効果が出てがんの範囲が狭くなれば、局所治療である手術を行うこともあります。このようにそれぞれの治療法の得意なところを組み合わせることで治療を行っていきます。

また、治療の期間も一瞬で終わるのではなく、長い年月がかかります。この間、治療に対する緊張感や化学療法の副作用による痛み、また再発に対する不安・恐怖など、患者さんは様々な身体的、精神的、あるいはスピリチュアルな痛みを持たれることと思います。

よって、治療を行うと同時に、そういった精神的・身体的な苦痛に対する配慮も必要で、これを緩和ケア・緩和医療といいます。がん対策推進基本計画の中にもありますように、診断がついた時点から同時に緩和ケアも実施しなければなりません。緩和ケア・緩和治療を土台にして、その上に様々な治療を組み合わせることで行っていく、このような総合的かつ集学的な治療、トータルケアの実践が一番大切なのではないでしょうか。